

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1929

THÈSE

N° 329

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

SIGAUD EUGÈNE

Ancien Interne de l'Hôpital départemental de la Seine

Né à Paris, le 2 Mars 1901

Contribution à l'Etude du Traitement

DES

FISTULES ANO-RECTALES

PAR

L'EXCISION SUIVIE DE SUTURE

Président : M. CUNÉO, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN

1929

THESE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1929

THÈSE

N° _____

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

SIGAUD EUGÈNE

Ancien Interne de l'Hôpital départemental de la Seine
Né à Paris, le 2 Mars 1901

Contribution à l'Etude du Traitement

DES

FISTULES ANO-RECTALES

PAR

L'EXCISION SUIVIE DE SUTURE

Président : M. CUNÉO, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN

19.9

LE DOYEN. M. ROGER.

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie.	ROUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	CUNÉO.
Physiologie.	ROGER.
Physique médicale.	STROHL.
Chimie médicale.	DESGREZ
Bactériologie.	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.	N...
Pathologie médicale.	N...
Pathologie chirurgicale.	LECÈNE.
Anatomie pathologique.	ROUSSY.
Histologie.	CHAMPY
Pharmacologie et matière médicale.	TIFFENEAU.
Thérapeutique.	LCÈPER.
Hygiène et médecine préventive.	TANON.
Médecine légale.	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	MÉNÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée.	RATHERY.
Hydrologie, thérapeutique et climatologie.	M. VILLARET.
Clinique médicale.	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance.	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants.	NCBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.	TEISSIER.
	DEL BET.
Clinique chirurgicale.	HARTMANN.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique.	TERRIEN.
Clinique urologique.	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements.	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique.	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique.	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale.	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique.	SERGENT.
Clinique de la tuberculose.	Léon BERNARD.
Professeur sans chaire.	BRANCA.
Professeur sans chaire.	MAUCLAIRE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ABRAMI	Pathologie médicale.
ALAJOUANINE	Neurologie et psychiatrie.
AUBERTIN	Pathologie médicale.
BASSET	Pathologie chirurgicale.
BAUDOUIN	Pathologie médicale.
BINET	Physiologie.
BLANCHETIÈRE	Chimie biologique.
BROCO	Pathologie chirurgicale.
BRULÉ	Pathologie médicale.
CADENAT	Pathologie chirurgicale.
CHABROL	Pathologie médicale.
CHIRAY	Pathologie médicale.
CLERC	Pathologie médicale.
DEBRÉ	Hygiène.
DOGNON	Physique.
DONZELOT	Pathologie médicale.
DUVOIR	Médecine légale.
ÉCALLE	Obstétrique.
FIESSINGER	Pathologie médicale.
GARNIER	Pathologie expérimentale.
GATELLIER	Pathologie chirurgicale.
GIROUD	Histologie.
HARVIER	Pathologie médicale.
HEITZ-BOYER	Urologie.
HOVELACQUE	Anatomie.
HUTINEL	Pathologie médicale.

MM.

JOYEUX	Parasitologie.
LABBÉ (Henri)	Chimie biologique.
LARDENNOIS	Pathologie chirurgicale.
LEMAITRE	Oto-rhino-laryngologie.
LEROUX	Anatomie pathologique.
LÉVY-SOLAL	Obstétrique.
LHERMITTE	Pathologie mentale.
LIAN	Pathologie médicale.
MATHIEU	Pathologie chirurgicale.
MERCIER (Fern.)	Pharmacologie.
METZGER	Obstétrique.
MONDOR	Pathologie chirurgicale.
MOURE	Pathologie chirurgicale.
MULON	Histologie.
OBERLING	Anatomie pathologique.
OLIVIER	Anatomie.
PHILIBERT	Bactériologie.
QUÉNU	Pathologie chirurgicale.
RICHET Fils	Physiologie.
SÉZARY	Dermatologie et syphiligraphie.
VALLERY-RADOT (Pasteur)	Pathologie médicale.
VAUDESCAL	Obstétrique.
VELTER	Ophthalmologie.
VERNE	Histologie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

BUSQUET	Pharmacologie.
GUÉNIOT	Obstétrique.
LEQUEUX	Obstétrique.

MM.

NEVEU-LEMAIRE	Parasitologie.
RETTÉRE	Histologie.
ZIMMERN	Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGES DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.		MM.	
ALGLAVE	Clinique chirurgicale.	LÉRI.	Clinique médicale.
AUVRAY.	Clinique chirurgicale.	MOCQUOT. . . .	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU. . . .	Clinique chirurgicale.	PROUST.	Clinique chirurgicale.
LIGNEL-LAVASTINE. .	Clinique médicale.	SCHWARTZ. . . .	Clinique chirurgicale.
LE LORIER. . . .	Clinique obstétricale.		

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé. . . .	}	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidents du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY		Stomatologie.
CHAILLEY-BERT		Éducation physique.
LEDoux-LEBARD		Radiologie clinique.
WEILL-HALLÉ		Puériculture.

Par délibération en date du 2 Décembre 1798, l'Ecole a arrêté que ses opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Témoignage de ma profonde reconnaissance.

A MA FEMME

A MON BEAU-PÈRE

MEIS ET AMICIS

M. LE PROFESSEUR CUNÉO

PROFESSEUR D'ANATOMIE MÉDICO-CHIRURGICALE
CHIRURGIEN DE L'HOPITAL LARIBOISIÈRE

*Que nous remercions de l'honneur
qu'il nous a fait de présider cette
thèse. Hommage reconnaissant.*

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS

MONSIEUR LE PROFESSEUR ACHARD
MONSIEUR LE PROFESSEUR DELBET
MONSIEUR LE PROFESSEUR-AGRÉGÉ RIBIERRE
(in memoriam)
MONSIEUR LE DOCTEUR SOULIGOUX
MONSIEUR LE DOCTEUR MICHON
MONSIEUR LE PROFESSEUR CARNOT
MONSIEUR LE PROFESSEUR-AGRÉGÉ DEBRÉ
MONSIEUR LE DOCTEUR LOUIS RAMOND
MONSIEUR LE PROFESSEUR TANON

ET DE L'HOPITAL DEPARTEMENTAL DE LA SEINE

Internat 1926-1929

MONSIEUR LE DOCTEUR SÉNÉCHAL

*Qui nous a indiqué le sujet de cette
thèse et aidé de ses conseils nous
exprimons notre profonde grati-
tude.*

MONSIEUR LE DOCTEUR HENRI FRANÇAIS
MONSIEUR LE DOCTEUR J. MICHAUX
MONSIEUR LE DOCTEUR FRANÇOIS DAINVILLE
MONSIEUR LE DOCTEUR CH. FOUQUET

Introduction

Les traitements anciens qui ont résisté à l'épreuve du temps ont droit sans aucun doute à notre respect, mais encore faut-il que leur ancienneté ne soit pas leur principal mérite et la routine leur unique rempart. C'est pourtant là, le cas du traitement des fistules ano-rectales.

Malgré maintes publications, d'indéniables améliorations apportées dans leur technique opératoire n'ont qu'à peine ébranlé les anciennes méthodes qu'appliquent encore aujourd'hui la majorité des chirurgiens.

Sans contester les immenses services que l'incision simple et le pansement à plat ont rendu depuis l'opération de Louis XIV, il faut bien reconnaître que ce procédé, non seulement ne donne pas toujours de bons résultats, dans les cas même relativement simples, mais encore présente, comme nous le verrons plus loin, des indications limitées par les gros risques auxquels il expose.

Les fistules ano-rectales sont pourtant une affection fréquente que l'on rencontre très souvent dans la pratique journalière. Les doléances réitérées que provoquent chez les malades cette affection d'une chronicité sans fin, la lenteur de beaucoup de guérisons et les nombreuses récives qui harcèlent durant des années les patients, les faisant parfois

verser dans l'hypocondrie, n'empêchent pas beaucoup de chirurgiens, même des plus modestes, de considérer les fistules anales comme une affection banale et l'opération d'une grande simplicité. Et l'on continue le plus souvent à fendre les trajets fistuleux comme au temps de Foubert et à attendre des semaines et des mois une cicatrisation interminable.

Il est cependant un traitement grâce auquel le pronostic des fistules ano-rectales a été très amélioré, mais qui n'arrive pas à gagner l'agrément des chirurgiens; c'est *l'excision suivie de suture*. Il est souvent cité, comme vraiment idéal, mais immédiatement repoussé comme impraticable, souvent sans discussion. Il eut cependant d'illustres parrains et d'ardents défenseurs, à la fin du siècle dernier, et plus récemment en 1910, Delbet est revenu à la charge en faveur de cette méthode qu'il défendait depuis longtemps. Or, actuellement, il suffit de consulter la plus récente statistique sur les interventions dans les fistules ano-rectales pour lire encore par exemple dans un article de Chiricesco (1928) du service du professeur Hartmann que la méthode de choix est le débridement de bout en bout et la mise à plat. Et il n'est pas peu étonnant de voir l'auteur terminer par cette remarque, que bien des chirurgiens hésitent à opérer les fistules s'ouvrant haut dans le rectum.

Or, la méthode de l'excision avec suture, s'adapte à toutes les formes des fistules ano-rectales.

Il nous a été donné dans le service du docteur Marcel Sénéchal, à l'hôpital de Nanterre, d'observer plusieurs interventions suivant ce procédé, qui ont été tout à fait concluantes.

Aussi avons-nous pensé que la cause valait d'être encore plaidée de ce traitement trop peu répandu en égard aux excellents résultats qu'il fournit.

Nous appuierons notre argumentation par une série d'observations mises à notre disposition par l'amabilité du docteur Marcel Sénéchal qui nous a inspiré cette thèse et à qui nous exprimons ici notre bien vive reconnaissance.

Nous n'aurions garde d'oublier nos collègues di Ruggiero, Lemaire et Reynaud à l'obligeance desquels nous devons quelques observations et que nous unissons dans nos sincères remerciements.

Avant de commencer l'exposé des divers traitements des fistules ano-rectales et en particulier de la méthode qui nous intéresse, nous dirons quelques mots de l'Étiologie, de la Pathogénie, du Diagnostic et de l'anatomie pathologique de cette affection, nous étendant un peu plus sur cette dernière étude pour mieux éclairer la discussion du traitement.

Définition

Etiologie et Pathogénie

Les fistules ano-rectales sont des trajets suppurants développés au voisinage du conduit ano-rectal mais sans rapport avec des lésions du squelette ou des organes génito-urinaires.

C'est une affection très fréquente que l'on rencontre surtout à l'âge adulte, entre vingt-cinq et quarante ans et particulièrement chez l'homme.

Les fistules ano-rectales succèdent presque toujours à un abcès chaud ou froid de la région.

L'abcès chaud, en effet, lorsqu'il est ouvert spontanément ou lorsqu'il n'a pas été convenablement traité, laisse un vide dû à la fonte du tissu cellulo-graisseux de la fosse ischio-rectale qui prédispose à la formation d'une fistule par la difficulté de rapprochement et d'adhésion des parois qui en résulte. (Quénu et Hartmann). Cette fistule, surtout si elle est ouverte à la peau et dans le conduit ano-rectal, doit sa persistance à la facilité de réinfections-successives que lui vaut sa localisation anatomique entretenant une septicité continuelle par le passage de gaz ou de matières féca-

les. De plus les irrégularités du trajet, les décollements, les anfractuosités propices à la stagnation et à la rétention du pus et des agents infectieux entraînent un état septique permanent. L'abcès froid est très souvent aussi à l'origine de cette affection. Pour Hartmann qui étaye sa conviction par une statistique de 5 p. 100 de fistules chez des tuberculeux avérés, la proportion de fistules, d'origine bacillaire serait de 50 p. 100. Allingham n'en retrouve que 16 p. 100.

Pour Delbet, par contre, la bacillose serait en cause dans plus de 80 p. 100 des cas. Pour cet auteur deux causes suffiraient, à expliquer la tendance à la fistulisation des abcès : D'une part, l'infection permanente dans certains cas de variétés borgnes internes et complètes, ce qui les assimile aux fistules pyostercorales : d'autre part, la tuberculose pour la variété borgne externe, car, dans ce dernier cas, seul le processus tuberculeux d'un abcès explique le passage à la suppuration chronique.

On a tendance actuellement à limiter considérablement l'influence de la bacillose et Pauchet, par exemple, ne la met en cause que dans un cas sur dix.

Les hémorroïdes peuvent être le siège d'une infection suppurée souvent par thrombose locale et être encore ainsi le point de départ de fistules qui seront généralement superficielles.

Enfin, il est classique de citer, comme causes prédisposantes occasionnelles, l'uricémie, la petite urémie; le Diabète, qui favorise la suppuration, d'où la fistulisation; et la Syphilis, qui agit par l'intermédiaire de petites gommès périanales sans tendance spontanée à la guérison, ou par

une inflammation ulcéreuse (Verneuil), de diverticules de la muqueuse rectale : hernies tuniquaires des vieillards à travers une éraillure des fibres musculaires (Cruveilhier).

Anatomie Pathologique

Orifices et trajets.

Les fistules ano-rectales se classent d'après les points d'ouverture de leurs trajets en fistules complètes, borgnes internes et borgnes externes.

La fistule complète est la forme typique la plus fréquente, à deux orifices : un inférieur qui s'ouvre à la peau, un supérieur qui s'ouvre dans le canal ano-rectal. La variété borgne externe ne présente qu'un orifice cutané. Les fistules borgnes internes, très rares, s'ouvrent dans le rectum.

Les orifices cutanés sont assez souvent multiples, se trouvant séparés par des bandes de peau décollée, surtout dans les fistules tuberculeuses, qui sont dites alors en « pomme d'arrosoir ». Parfois aussi les trajets suppurants sont très anfractueux, contournent l'ampoule rectale et s'étendent assez haut d'une fosse ischio-rectale à l'autre. Ils représentent assez bien l'image d'un terrier de lapins. Enfin la fistule peut avoir succédé à un abcès en fer à cheval (Allingham) et possède alors plusieurs orifices cutanés situés de part et d'autre de la ligne médiane et communiquant entre eux par un trajet contournant l'intestin et s'ouvrant dans sa cavité à un niveau plus ou moins élevé.

D'une façon générale, d'ailleurs, ces orifices sont latéraux, rarement médians et peuvent siéger loin de l'an us jusque sur la fesse. De plus ils sont, ou bien étroits, punctiformes et cachés dans une dépression due à la rétraction de la paroi fibreuse de la fistule ou bien, moins fréquemment, un peu saillants.

L'orifice interne présente des variétés analogues. Il siège soit sur une induration, soit au centre d'une légère ulcération. Mais il présente un caractère très important : c'est de n'être jamais situé au point le plus élevé de la poche sous-muqueuse ou du trajet fistuleux. On le trouve souvent immédiatement au dessus de la ligne d'union muco-cutanée au dessus du sphincter, parfois plus bas encore. Dans l'examen au moyen du stylet, l'orifice devra donc être recherché plus bas que le lieu où bute la pointe de l'instrument sous peine d'avoir des récidives post-opératoires. Enfin, de même qu'il existe des orifices externes multiples, on peut trouver deux orifices internes, séparés par un décollement de la muqueuse, formant la variété des fistules bimuqueuses (Quénu et Hartmann) ou commissurales en général consécutives à la suppuration d'une hémorroïde infectée et thrombosée. Toutes les variétés d'orifices peuvent s'obstruer et il n'est pas rare d'en trouver qui servent d'aboutissant à des trajets multiples, irréguliers, sinueux, aussi faciles à imaginer qu'impossibles à décrire.

Topographie du trajet.

Une question domine toute l'anatomie pathologique des fistules, comme elle domine celles des abcès qui leur don-

nent naissance, c'est de connaître leur situation par rapport au sphincter anal. Les trajets fistuleux superficiels cheminent sous les téguments dans le tissu cellulaire ou sous-muqueux; on peut donc les nommer sous-cutanéomuqueux, comme les abcès auxquels ils succèdent. Ils passent donc sous le sphincter (forme sous-sphinctérienne) et en dedans du sphincter, ce qui les fait désigner aussi du nom de fistules intra-sphinctériennes.

Les trajets profonds situés plus en dehors et plus éloignés de l'anus s'enforcent directement dans le creux ischio-rectal en dehors du sphincter, d'où leur nom de fistules extra-sphinctériennes.

Le plus souvent ces fistules s'arrêtent au dessous du releveur de l'anus, ne sortant pas ainsi des limites de la forme ischio-rectale. Mais dans certains cas consécutifs à des abcès profonds de l'espace pelvi rectal supérieur, elles traversent le releveur et remontant au dessus de lui pour se perdre en cul-de-sac dans les espaces cellulo-grasseyeux périrectaux ou s'ouvrir dans le rectum.

D'après MM. Quénu et Hartmann ces dernières fistules traversent la paroi rectale au niveau du bord supérieur du sphincter, au point précis où le bord inférieur du releveur s'y accole. Elles pénètrent donc dans l'espace pelvi rectal supérieur avant d'aborder les tuniques rectales et les perforer, prenant ainsi le nom de pelvi-rectales supérieures.

Or, les fistules traversant le sphincter, même au-dessous de son bord supérieur, ont rarement été reconnues.

Toute fistule ischio-rectale complète est par suite pelvi-rectale supérieure.

Son caractère principal, étant sa situation extra-sphinc-

térienne, le traitement sera le même pour les variétés pelvi-rectales supérieures, non symptomatiques, et les formes extra-sphinctériennes des classiques.

Nous éliminons, en effet, les fistules d'origine osseuse ou génitales dont le trajet remonte à l'organe en cause.

Ces fistules profondes s'ouvrent à la peau à 3, 4 ou 5 centimètres de l'anus. Elles plongent ensuite directement dans la profondeur et pénètrent dans la fosse ischio-rectale, formant des trajets de 5 à 10 centimètres et même 15 dans les variétés pelvi-rectales supérieures. Le trajet de ces dernières présente, au niveau du point où il traverse le releveur, un étranglement surmonté d'une dilatation irrégulière due à l'obstacle du libre écoulement du pus formé par le diaphragme musculaire qui ferme par en bas la cavité du petit bassin.

Ces fistules extra-sphinctériennes sont classiquement décrites comme borgnes externes. Récemment M. Picot infirmait cette opinion à la suite d'une recherche systématique et minutieuse de l'orifice interne qui lui fit découvrir chaque fois ce dernier caché sous un repli de la muqueuse, au fond d'un trajet tortueux que ne peut suivre le stylet. Cette notion fait entrevoir une des causes d'échec dans le traitement ordinaire de ces fistules qui laissait la porte d'entrée intacte.

Constitution du trajet.

La structure histologique des fistules anales ne présente pas de caractères très particuliers. Des recherches sur des fistules excisées ont montré à MM. Quénu et Hartmann dans les trajets récents la paroi classique des abcès.

A mesure que la fistule vieillit la division en deux couches s'accroît et dans les vieux trajets on trouve deux zones nettes : l'une, interne, formée de bourgeons charnus, identiques à ceux qui recouvrent les vieux ulcères; l'autre, externe, fibreuse, formée de faisceaux concentriques.

Il semble que dans les vieilles fistules les parois se débarrassent des microbes qui ont provoqué l'abcès primitif; seules, en effet, les recherches sur les fistules récentes ont été positives et ont montré des staphylocoques dans l'une, des Bacilles de Kock dans l'autre. Schuchard et Lesage avaient déjà trouvé, par ailleurs, ces derniers dans les parois de certaines fistules de même que Francou et Wolkman.

Dans ces formes caractéristiques la tuberculose est diffuse ou nodulaire.

Symptômes. Diagnostic

La fistule ano-rectale succède insensiblement à l'ouverture de l'abcès non excisé ou mal soigné qui lui a donné naissance. Elle manifeste sa présence par un suintement continu plus ou moins abondant, tâchant le linge et obligeant à porter des pansements incommodes. La fistule complète est le siège de petites poussées aiguës qui souvent sont les seuls phénomènes douloureux perçus dans cette affection avec les irritations cutanées, intertrigo et furoncles qui entourent les orifices externes. Parfois quelques gouttes de pus apparaissent uniquement avec le bol fécal qu'elles recouvrent au moment de son expulsion.

De toute façon cette affection est considérée par la plupart des malades comme une véritable infirmité parfois désespérante.

Aussi devra-t-on les en débarrasser le plus rapidement possible et comme le pronostic de l'intervention dépend en très grande partie de la connaissance parfaite du trajet fistuleux, un examen méticuleux devra être pratiqué systématiquement, les notions anatomo pathologiques exposées plus haut étant continuellement présentes à l'esprit.

Le malade sera mis dans la position de la taille, le siège suffisamment relevé.

Le premier soin du chirurgien, lorsque l'histoire du malade fait soupçonner une fistule, doit être de rechercher le ou les orifices externes.

Nous avons vu qu'ils peuvent être parfois cachés dans les plis radiés de l'anus que l'on devra largement déplisser pour les découvrir. Il arrive même que seule la pression du doigt, en faisant sourdre une goutte de pus, dévoile leur existence.

La disposition péri-anale des orifices externes renseigne déjà sur la forme et la variété de la fistule : il est pratique de les localiser en imaginant un cadran disposé autour de l'anus. C'est ainsi que les fistules complètes, caractérisées au moyen de leur ouverture à la peau, sont généralement des fistules, deux heures, quatre, sept et dix heures et assez près de la marge de l'anus.

Dans les trajets multiples, l'orifice siégeant à 12 heures correspond à un orifice interne antérieur et celui de 6 heures à un orifice situé au centre postérieur de l'anus. Il est bien rare de trouver plusieurs orifices internes, aussi connaît-on, par ces indications, le trajet qui conduit à l'ouverture intra-rectale.

Dans les fistules en fer à cheval l'orifice interne siège souvent à 6 heures ou à 12 heures, mais la connaissance du trajet seule permettra de faire le diagnostic.

L'éloignement de l'anus d'un orifice cutané est en faveur d'une fistule extra-sphinctérienne, pas constamment toutefois. Mais si la distance est supérieure à 5 à 7 centimètres l'on est en présence vraisemblablement d'une fistule ostéopathique.

De toute façon cet examen superficiel devra être tou-

jours complété par la cathétérisation du trajet. Ce n'est que par ce moyen que l'on sera nettement orienté sur la forme ou la variété de la fistule. On emploie pour cela la sonde cannelée, une bougie fine urétrale ou un stylet à extrémité boutonnée. Il ne faut jamais user de violence et lorsque l'instrument bute on doit la retirer légèrement et chercher à tourner l'obstacle, non à le forcer. Le cathétérisme est secondé par le toucher rectal. Le doigt sent ainsi le cheminement du stylet qu'il aide à orienter et renseigne sur l'épaisseur des tissus qui le séparent de l'intestin.

C'est ainsi que dans les fistules intra-sphinctériennes le stylet est senti aisément sous la muqueuse, sans interposition du sphincter. De plus l'extrémité de l'instrument peut être au contact du doigt et le diagnostic de fistule complète sera ainsi porté. Assez souvent l'orifice interne ne sera pas trouvé, malgré son existence très fréquente, mais en pratique l'intérêt de cette recherche est minime, car le traitement est le même dans un cas comme dans l'autre. Dans les fistules du creux ischio-rectal le stylet est séparé du doigt par toute l'épaisseur du sphincter, mais dans ces fistules extra-sphinctériennes, ainsi caractérisées, la détermination de l'étendue et des limites du trajet est plus délicate.

Très rarement l'on trouvera l'orifice interne, caché, le plus souvent, sous un repli de la muqueuse, au fond d'un trajet tortueux impossible à cathétériser. Aussi le diagnostic de fistule borgne interne sera-t-il rarement porté, car elle ne sera trouvée qu'au moyen d'un spéculum convenable. Aucun caractère clinique objectif ne permet de la reconnaître; seule la production d'abcès margellaires périodiques jointe à quelques sensations douloureuses spontanées ou

surtout provoquées par le toucher rectal pourront y faire penser. Le diagnostic des fistules sera complété par la recherche des diverticules possibles et la palpation de ses parois. C'est ainsi que l'on reconnaîtra des trajets très nombreux n'aboutissant qu'à un orifice unique, notion qui sera fondamentale dans l'intervention.

La palpation, d'autre part, fera sentir des cordons qui correspondent à la partie superficielle des trajets. Il y a parfois d'énormes callosités dures et rigides, correspondant le plus souvent à des fistules tuberculeuses ou syphilitiques.

D'autres fois les parois sont si minces et si souples qu'en arrive à peine à les percevoir, et ainsi sont difficilement repérables des diverticules pouvant naître du trajet principal.

Pronostic

La guérison spontanée des fistules anales est possible, mais rare, si bien qu'en pratique il n'y a même pas à y compter.

L'évolution habituelle de cette affection est, au contraire, le plus souvent l'aggravation des lésions par petites poussées inflammatoires successives. Chaque épisode aigu peut donner naissance à un diverticule nouveau ou étendre le trajet existant. Parfois l'extension se fait insidieusement surtout dans les fistules tuberculeuses, et l'on constate à un examen ultérieur, un décollement du rectum sur une grande hauteur ou une fonte purulente complète de la fosse ischio-rectale. Mais l'évolution des lésions locales n'est pas la seule importante; beaucoup de fistules ano-rectales entraînent des troubles généraux en rapport avec les résorptions toxiques permanentes. (Amaigrissement, dégénérescence amyloïde, etc...).

Enfin, leur répercussion sur le moral des malades est de notoriété courante.

La fistule ano-rectale est donc une affection qui progresse presque toujours et devient de plus en plus difficile à traiter. Aussi l'opportunité d'un traitement énergique ne se discute plus.

La seule réserve classique était la possibilité d'extension des lésions bacillaires chez les tuberculeux. Il a été largement prouvé que, loin de provoquer cette complication, l'opération chirurgicale, débarrassant les malades de ce foyer de suppuration qui les affaiblit, remonte dmirablement leur état général. L'indication opératoire ne reste plus en défaut qu'en présence d'une tuberculose cachectique à toute extrémité.

Traitement

I - Historique

Avant d'exposer en détail le traitement par l'excision suivie de suture, nous allons reconstituer d'une part l'historique du sujet et présenter ensuite une description rapide du traitement par l'incision.

Les traitements des fistules ont été de tout temps des plus variés. De nombreux traitements médicaux ont été proposés. Aucun n'a à son actif des résultats décisifs permettant de s'y arrêter. Nous ferons toutefois une exception pour les injections de fuchsine phéniquée ou de bleu de méthylène dont l'on a reconnu parfois l'action curative dans certaines fistules superficielles à la suite de l'emploi de ce colorant comme moyen de diagnostic. Et tout récemment le lipiodol semble avoir donné, de même, quelques résultats.

Si nous éliminons rapidement les multiples procédés chirurgicaux qui ne sont plus employés, dont : l'écraseur linéaire, les entérotomes variés et la ligature élastique qui fut assez longtemps appliquée dans les cas de fistulettes superficielles ou chez les sujets pusillanimes, il ne nous reste à considérer que les deux grandes méthodes suivantes : l'incision et l'excision.

Le traitement par l'incision qui remonte à une époque indéterminée, fut quelque temps à l'honneur après l'opération de la fistule de Louis XIV, au moyen du « bistouri royal ». Mais ce n'est qu'après la publication des mémoires de Manget reposant sur 600 cas, qu'il s'imposa pendant longtemps comme seul moyen de guérison de cette infirmité que trop souvent les médecins abandonnaient à elle-même. Nous en exposerons plus loin la technique.

Quant à l'excision, qui fait partie du traitement qui nous intéresse, nous nous attarderons un peu plus sur son histoire.

L'excision consiste, comme son nom l'indique, dans l'exérèse de tout le trajet fistuleux, avec les parties qui le recouvrent. Guy de Chauliac la proposa le premier. Ce procédé fut modifié par Chassaignac, en 1852, qui réunit après excision les surfaces cruentées, appliquant ainsi, le premier, l'idée de la suture. La méthode est lumineusement exposée dans son traité de l'écrasement linéaire : « Si, dit-il, à la surface irrégulière et suppurante du foyer fistuleux on substituait par une sorte de décortication de cette surface, une plaie à deux parois susceptibles de se juxtaposer exactement au moyen de la suture, ne pourrait-on pas obtenir une réunion comme on le ferait après une plaie simple. »

Mais le manque d'aseptie, laquelle est un des éléments essentiels de la réunion immédiate des plaies, provoqua des échecs trop nombreux qui empêchèrent ce traitement de prendre l'essor qu'il méritait.

Il fut toutefois repris en 1884, par Tripier de Lyon et vers 1886 par Ferrier, Brun, Bazy, Nélaton et Tuffier et

longuement discuté à la Société de chirurgie le 10 octobre 1887. Mais, à cette époque, les indications restent limitées aux fistules intra-sphinctériennes, sous-cutané-muqueuses. En même temps, en Amérique, Lange, le premier, Emmet, Weimer ensuite emploient ce traitement qui est longuement exposé dans un important travail du Professeur St. Smith.

A la même époque Vincenzo Morini publie à Rome quelques observations très favorables.

En France, c'est Quénu qui se fit le promoteur de cette méthode, mais il en limite les indications, ayant recours au thermocautère dans les fistules à trajets multiples et chez les tuberculeux avancés 1887. A partir de ce moment un grand nombre de publications préconisent ou décrivent le procédé. Longuement développé dans la thèse de Longo, il est essayé par de nombreux chirurgiens dont Terrier, Bazy Nélaton et Tuffier, qui croient toutefois devoir le réserver aux fistules à trajet court et unique.

Dans leurs traités de chirurgie : Quénu et Hartmann, Potherat, J.-L. Faure et Rieffel en font largement mention. Mais Delbet, particulièrement, devient dès cette époque un des partisans les plus convaincus de la suture immédiate dont il fait sa pratique journalière. Il tente systématiquement la réunion par première intention pour toutes les fistules : abstraction faite des cas où le rectum est isolé en battant de cloche, par suite de vastes décollements rendant tout rapprochement des parois impossible et pour lesquels nous verrons plus loin les traitements qui ont été proposés. Sous son inspiration parut la thèse de Legras en 1892.

En novembre 1899, M. Damas, de Lyon, recommande

l'incision et l'excision, mais n'admet pas la suture sans drainage. Par contre la même année Roux se fait le partisan de la réunion immédiate de la fistule à l'anus principalement pour la variété intra-sphinctérienne mais sans jamais inciser le rectum.

En 1900, dans sa thèse inspirée par M. Souligoux, Barge préconise l'excision des fistules mais en respectant systématiquement le sphincter. L'année suivante Arsonneau présente dans sa thèse, la dernière sur ce sujet, un nouveau plaidoyer en faveur de la réunion par première intention. En 1897, Delbet avait publié 27 opérations de fistules par l'excision et la suture totale sans drainage.

Dans 23 cas le succès était complet et pour les quatre échecs, tout relatifs puisque la plaie s'était simplement désunie, tout s'est passé comme si l'on avait pratiqué l'excision sans suture.

En 1907 paraît une statistique nouvelle du même auteur portant sur 119 cas dont 96 avec renseignements ultérieurs précis.

Chez 70, la réunion s'est produite *per primam* ; dans 15, une désunion partielle a reculé de quelques jours la cicatrisation. Enfin, pour les 10 autres, aucune complication fâcheuse n'est survenue, la plaie désunie s'est cicatrisée secondairement.

A la suite de si beaux résultats Delbet ne veut plus voir de contre-indications dues à la forme de la fistule ou à l'état général du malade. Il emploie en effet le même procédé pour les fistules pelvi-rectales d'une part, et d'autre part, ne recule l'intervention que devant un tuberculeux en état de cachexie vraiment trop avancé.

Enfin avec un article de Chevrier, en 1910, se terminent les publications en faveur de l'excision suivie de suture immédiate. Quelques améliorations de détails sont toutefois apportées par de Bente en 1911, qui conseille une injection de pâte opaque dans les trajets, suivie d'une radiographie et par Delore et Leriche en 1913 qui emploient des greffes graisseuses dans les fistules extra sphinctériennes consécutives à des rectiles sténosantes.

MM. Cunéo et Picot en 1924, préconisent l'excision suivie d'abaissement de la muqueuse ano-rectale, mais se refusent à la suture. Leur technique inspire une thèse de Jackson, en 1926. Enfin, à défaut de publications française sur ce sujet, si l'on s'en rapporte aux traités ou précis chirurgicaux récents, le traitement par l'excision conserve quelques faveurs, mais la suture est, le plus souvent, citée comme un procédé de choix, mais à indications très limitées.

C'est ainsi que malgré de très beaux résultats à l'actif de cette excellente méthode, l'accord n'est pas encore fait sur le meilleur mode de traitement.

II. - Incision

Elle agit en transformant la plaie fistuleuse et canaliculée en plaie ouverte qui sera pansée à plat et se cicatrisera suivant le mécanisme de la guérison des plaies angulaires.

La technique en est fort simple. Une sonde cannelée est introduite par l'ouverture à la peau et poussée jusqu'à l'orifice interne dans lequel elle pénètre. Si ce dernier est difficile à trouver on perce la muqueuse rectale avec la pointe

de la sonde, en protégeant la paroi opposée avec l'index gauche préalablement introduit dans le rectum.

Ce même doigt ramène l'extrémité de la sonde au dehors de l'anus et tous les tissus chargés sur l'instrument sont sectionnés au bistouri.

Cette méthode porte le nom de Procédé de Faget.

Dans les fistules profondes avec orifice interne trop haut situé on introduit un spéculum ou une valve et l'extrémité de la sonde étant au contact du spéculum, on incise jusqu'à ce dernier les tissus que l'on a sous les yeux. On panse alors à plat en surveillant quotidiennement la plaie qui se cicatrise de la profondeur vers la surface. Actuellement on se contente rarement de cette simple incision, car elle ne tient pas compte des trajets accessoires qui souvent empêchent la guérison de se produire. C'est pourquoi après l'incision on cherche les diverticules pour les débrider à leur tour et l'on curette vigoureusement tous les tissus calleux qui engainent le trajet, ou bien on les détruit par le thermocautère.

Certains chirurgiens utilisent même uniquement ce dernier instrument, le rectum étant protégé par un spéculum. Mais nous verrons plus loin dans la comparaison des méthodes opératoires les gros inconvénients du thermocautère employé seul.

III. - Excision et Suture

Le râclage de la plaie a paru rapidement insuffisant pour détruire les tissus indurés péri fistuleux, aussi fut-on conduit à employer l'excision qui consiste à réséquer au bis-

touré tous les tissus malades. Mais à la suite de cette excrèse parfois considérable, la béance de la plaie était souvent très grande et par suite la cicatrisation très retardée. Aussi les parois étant, grâce à cette intervention, du tissu presque toujours sain, nombre de chirurgiens furent tentés par la suture immédiate.

C'est ainsi que furent proposées, en se servant de la suture, plusieurs techniques.

Smith l'accompagne d'un drain ce qui transforme la fistule ancienne en trajet plus propre.

Avec Quénu l'adossement exact des parois de la plaie est obtenu par des sutures profondes. Après avoir incisé les tissus chargés sur la sonde cannelée comme il est pratiqué dans l'incision simple, les trajets sont disséqués et la suture est faite suivant deux plans, l'un muqueux, l'autre cutané. Les surfaces avivées sont, sur toute leur étendue, mises parfaitement au contact.

Roux et Richet entrevoient l'intérêt qu'il peut y avoir à ne pas inciser d'abord le trajet qui empêche la suite de l'opération d'être parfaitement aseptique, mais n'utilisent que pour les fistules superficielles leur procédé, qui consiste à enlever d'un bloc par quelques coups de bistouri le trajet et les tissus environnants chargés sur le stylet et saisis avec pince de Museux.

La technique de Delbet, que nous décrivons plus loin car elle est suivie, à peu de choses près, par la plupart des chirurgiens qui emploient la méthode, diffère de celle de Quénu, par quelques détails d'incision et par l'exécution de la suture.

Certains auteurs en appliquent quelques variantes : Che-

vrier, par exemple, isole et étale au moyen de fils métalliques, le trajet fistuleux et les tissus environnants. Tandis qu'une main soulevant la sonde cannelée tend à extérioriser la fistule, l'autre, armée d'une aiguille courbe d'Emmet, passe, au travers de tissus sains à une assez grande distance de la fistule, les fils de bronze d'aluminium.

De la sorte il excise en bloc tous les tissus que sous-tendent les fils sur lesquels un aide exerce une certaine traction. Mais ce procédé trouve d'après l'auteur lui-même des contre-indications dans les cas de fistules multiples et les fistules extra-sphinctériennes un peu hautes.

MM. Cunéo et Picot, jugeant que ces dernières ont pour point de départ une lésion de la muqueuse intestinale, résèquent le lambeau de muqueuse plus ou moins décollée en rapport avec la fistule et abaissent la muqueuse saine sus-jacente qu'ils suturent à la peau de l'anüs.

L'orifice profond de la fistule excisée en manchon est fermé par un point de catgut passé en bourse et les deux chefs du fil sont fauflés dans la sous-muqueuse et noués pour fixer le lambeau muqueux à sa partie supérieure. La suture immédiate du trajet d'excision est rejetée par ces auteurs qui le tamponnent avec une mèche de gaze antiseptique.

La très grosse difficulté de cicatrisation des fistules extra-sphinctériennes dans les cas de rétrécissements cicatriciels du rectum a fait imaginer à Delore et Leriche un procédé consistant à combler la cavité béante résultant de l'excision totale du trajet fistuleux et de la vacuité de la fosse ischio-rectale, avec un lambeau cutané tapissé d'une couche grais-

seuse prélevé sur la fesse du malade. Mais les succès ne seraient pas constants.

Enfin l'on préconise aujourd'hui les lavages préliminaires des trajets avec un liquide antiseptique colorant fuchsine, phéniquée, par exemple, qui rendent ensuite service dans la recherche des diverticules apparaissant colorés. Voici enfin les points de détail de la méthode que nous avons employée ou vu employer chez M. Sénéchal.

PREPARATION DU MALADE

La préparation du malade est d'une grande importance. Pour réaliser l'antisepsie maxima de l'intestin on donne un gramme de benzonaphtol associé à un gramme de salicylate de Bismuth et le malade est soumis au régime lacté absolu pendant la semaine entière précédant l'intervention. Dans le même temps le sujet absorbe un jour sur deux, une purgation huileuse de 10 grammes et reçoit un lavement d'intestin les jours intermédiaires. On pourra se contenter à la rigueur, d'une purgation l'avant-veille et d'un lavement la veille de l'opération chez un malade qui pourra rester à jeun les deux derniers jours précédant l'intervention, mais ce n'est pas à recommander. La constipation que l'on doit obtenir pendant plusieurs jours sera amorcée la veille de l'opération par la prise de 10 centigrammes par jour d'opium : 5 le matin et 5 le soir.

Enfin un savonnage suivi d'une application d'alcool iodé sera pratiqué localement avant l'opération ; au moment de l'intervention on lavera soigneusement l'ampoule rectale à l'eau savonneuse et à l'éther : temps très important.

Le malade est placé dans la position de la taille, le chirurgien est assis devant lui, l'aide est à sa gauche. Les instruments que l'on a mis à sa disposition sont, par exemple : un spéculum vaste de Trélat, des valves de Sims larges, une sonde cannelée un peu forte, un stylet, de bons bistouris, coupant bien, une pince à dissection, une pince à griffes, des pinces hémostatiques dont plusieurs un peu longues, des écarteurs à griffes, des ciseaux droits et courbes, des crins de Florence, du catgut n° 2, une aiguille de Réverdin, une aiguille à pédale, des aiguilles courbes avec un porte-aiguilles :

Le malade est endormi à l'éther ou au Balsoforme dans le décubitus dorsal et l'anesthésie poussée jusqu'à la résolution complète. La rachianesthésie à la novocaïne a été souvent pratiquée lorsque la tension artérielle est convenable. On la fait précéder une heure avant d'une injection de scopolamine morphine et d'une ampoule de caféïne. Mais ce dernier procédé d'anesthésie n'est pas employé dans le service de M. Sénéchal.

Ces pratiques sont d'un grand secours pour obtenir un bon relâchement du sphincter, d'où une facilité de dilatation de l'anus. Si une débâcle possible par action réflexe venait à se produire, à ce moment, malgré l'administration d'opium et les lavements, il n'y aurait qu'à soigneusement laver le rectum et ne pas retarder l'intervention.

L'anesthésie locale pourra suffire dans les petites interventions.

Technique opératoire.

I. — FISTULES INTRA-SPHINCTERIENNES

I° TRAJETS SIMPLES

a) *Dans le cas de fistules complètes*, cas le plus simple, la sonde cannelée est introduite de l'orifice externe à l'orifice interne. L'index gauche introduit dans l'anus ramène l'extrémité de la sonde au dehors et l'on trace une incision en quartier d'orange en circonscrivant tous les tissus malades chargés sur l'instrument.

On excise le tout en bloc très soigneusement en examinant attentivement les tranches de section pour ne pas laisser échapper des trajets aberrants. La résection doit être parfaite, et le trajet enlevé avec une légère couche de tissus sains, pour ne pas risquer d'ouvrir la fistule au cours de ce temps opératoire.

La plaie sera toujours nettoyée à l'éther.

Si le délabrement est important on pratique un capitonage profond au catgut et la peau est suturée aux crins de Florence.

Le plus souvent il suffit de passer les crins très profondément, prenant toute l'épaisseur des tranches du rectum sectionné pour bien affronter leur surface.

Il est capital que leur coaptation soit parfaite dans les coins les plus reculés et qu'il ne reste aucun espace mort derrière ou entre les sutures.

A la fin de l'intervention, il y aura avantage à placer dans le rectum, un gros drain entouré d'une compresse de gaze vaselinée ou enduite de pommade au collargol.

La réunion primitive est la règle. Si la suture échouait, ce qui est exceptionnel, on retomberait dans le procédé de la mise à plat avec cicatrisation secondaire.

Pour les fistules bi-muqueuses, ou commissurales, la ligne de conduite est exactement la même.

Enfin dans tous les cas les diverticules possibles devront être soigneusement réséqués à l'image du trajet principal. Cette condition sera le plus souvent réalisée en ne laissant aucune zone de tissu fibreux périfistulaire.

b) *Fistules incomplètes.* — Dans les fistules borgnes externes, il suffit de percer la muqueuse rectale avec la sonde cannelée, en protégeant la paroi opposée avec un doigt introduit dans le rectum et l'on est en présence d'une fistule complète. Si la fistule est borgne interne, le sphincter sera dilaté avec le spéculum et la sonde, introduite par l'orifice interne du rectum, fera saillie sous la peau qui sera coupée sur cette saillie.

La suite de l'opération sera encore la même que pour une fistule complète.

2° FISTULES A TRAJETS MULTIPLES

On pratique dans ces cas, autant de résections en bloc, en quartiers d'orange qu'il y a de trajets sous-cutanés.

Si la plaie est trop irrégulièrement anfractueuse pour permettre de placer des crins, on applique des sutures en étage avec du catgut n° 1 de la profondeur à la surface et l'on réserve les crins pour la peau.

II. — FISTULES EXTRA-SPHINCTERIENNES

I° TRAJETS SIMPLES

a) *Fistules complètes.* — Après dilatation anale préalable la sonde cannelée est introduite de l'orifice externe dans l'orifice interne. Si le trajet est long une sonde, en gomme élastique, remplacera avantageusement la sonde métallique.

On pratique ensuite une incision elliptique, circonscrivant largement l'orifice externe et l'on dissèque aux ciseaux de proche en proche, en restant soigneusement en tissu sain, un manchon contenant le trajet fistuleux en son centre.

La muqueuse rectale est incisée circulairement autour de l'orifice interne, la dissection du manchon se continuant jusqu'à elle et la fistule ainsi sculptée en quelque sorte est enlevée d'un bloc. La muqueuse est alors soigneusement suturée. Ensuite on pratique une réunion immédiate par des crins enserrant la plaie sans la traverser ou bien on rapproche par des points en bourse au catgut les parois du tunnel que l'on vient de creuser. Ce temps est très important car il assure l'hématose et conditionne la réunion per primam.

Nous avons supposé jusqu'à maintenant que le trajet n'intéressait pas le sphincter et s'en trouvait assez éloigné pour que le manchon excisé le respecte.

Si ces conditions ne sont pas réalisées, le sphincter sera sectionné, toujours suivant un plan passant par le centre de sa circonférence, autrement dit, il sera coupé suivant une

section rayonnée, donc jamais oblique. Dans ce dernier cas, en effet, l'adaptation par la suture serait trop souvent incomplète et l'on pourrait craindre pour l'avenir un certain degré d'incontinence.

Lorsque le sphincter a été intéressé ses deux parois de section seront soigneusement affrontées au moyen de catgut chromé.

La suture de la peau sera alors assurée à l'aide des crins de Florence. Enfin un pansement en T sera appliqué, placé sur une gaze stérilisée recouvrant la région, complètera l'intervention.

b) *Fistules incomplètes*. — Dans le cas de fistule borgne interne on utilise la même manœuvre que pour les fistules semblables sous sphinctériennes.

Par contre les fistules borgnes externes ne seront pas nécessairement complétées si le trajet ne parvient pas sur la face externe du rectum. Un manchon sera disséqué autour de la sonde introduite dans le trajet et l'on dépassera largement le fond de la fistule.

2° FISTULES A TRAJETS MULTIPLES

Les trajets seront traités individuellement ou en bloc suivant les indications, par la résection en manchon. Les délabrements seront parfois très importants mais en soignant en conséquence les sutures, une réparation rapide et solide sera presque toujours obtenue. Enfin un pansement sera appliqué, comme toujours, mainenu par un bandage en T.

Remarques générales aux cas de fistules extrasphinctériennes.

Comme nous l'avions fait présumer dans le chapitre d'anatomie pathologique, ces manœuvres opératoires pourront être intégralement employées dans les formes pelvi-rectales supérieures non symptomatiques des classiques. La fistule est en effet disséquée au bistouri et aux ciseaux et le manchon fibreux obtenu étant assez résistant, l'on opérera une traction sur lui au moyen de pinces de Kocher, ce qui permet d'attirer peu à peu tout le conduit fistuleux et d'atteindre des hauteurs d'au moins dix centimètres.

Dans toutes ces formes extrasphinctériennes, il faut toujours avoir grand soin d'explorer minutieusement les trajets fistuleux, l'orifice interne ne correspondant pas toujours au trajet réel et tous les diverticules doivent être recherchés pour être enlevés d'un bloc. En particulier il faut repérer avec soins les trajets sous-muqueux qui nécessitent, lorsqu'ils existent, une résection parfois importante de la muqueuse que l'on suturera ensuite ou que l'on pourra abaisser suivant le procédé de MM. Cunéo et Picot.

Notons en passant que pour découvrir ces trajets, il y aura souvent avantage à employer une sonde en gomme semi rigide de petit calibre.

Si, enfin, par le toucher rectal, on a diagnostiqué une rectite sténosante la cure chirurgicale sera plus compliquée. Bien souvent, il existe un espace mort entre le canal ano-rectal et la paroi osseuse recouverte de muscle obturateur interne. La suture sera peut-être difficile à obtenir et l'on pourra utiliser dans les cas extrêmes, la greffe graisseuse de Delore.

SOINS POST-OPERATOIRES

En dehors de l'émission possible de gaz qui s'évacueront mieux avec un drain rectal, le repos complet du segment terminal du tube digestif sera maintenu par la constipation obtenue par la prise quotidienne de 5 à 10 centigrammes d'opium pendant une durée de huit jours environ. Ce repos sera aidé par la prescription d'un régime lacté si possible, tout au moins, pendant les six premiers jours. Les jours suivants le malade pourra absorber quelques œufs et un peu de viande.

Le pansement gagnera à être renouvelé le plus rarement possible, mais on pratiquera des toilettes péri-anales avec applications protectrices de pommade au collargol.

L'immobilisation de la plaie sera de plus obtenue en interdisant autant que possible les mouvements au malade; pour cela, il sera parfois indiqué de rapprocher les jambes par un bandage quelconque.

Au bout de 7 à 10 jours, suivant l'importance de la fistule et l'état de la plaie les fils seront enlevés. Le lendemain ou deux jours après on provoque la première selle par un purgatif léger précédé la veille d'un lavement huileux à garder. Un petit artifice employé par Delbet permet d'avoir à la première garde-robe des matières suffisamment ramollies pour ne pas léser la ligne de suture : le malade prend 2 grammes de rhubarbe et ensuite un purgatif salin et huileux.

La diète lactée et le traitement opiacé seront dès lors supprimés.

Si par hasard il survenait une selle précoce la plaie devrait être soigneusement désinfectée. Cette éventualité n'est

pas d'ailleurs fatale à la suture par première intention, de nombreuses observations en font foi, mais si la plaie s'infectait, les fils seraient enlevés et la plaie serait traitée à plat, cicatrisant secondairement comme dans les autres méthodes.

A l'appui de ce traitement qui nous paraît réunir le maximum d'avantages, nous rapportons une série de 13 observations inédites de fistules ano-rectales traitées par l'excision avec suture dans le service de M. Sénéchal.

Observations

(inédites)

OBSERVATION I. — (M. Sénéchal)

Mme L..., 43 ans. Fistule anale borgne externe, intrasphinctérienne.

Le 3 septembre 1919, résection totale de la fistule. Suture en deux plans. Sortie guérie le 17 septembre. 14 jours.

OBSERVATION II. — (Dûe à l'obligeance de M. Français)

Ren... Léon, 49 ans, entré salle Guyon, le 23 novembre 1921. Déjà opéré par incision à Lariboisière.

Il persiste un trajet de 2 cm et demi borgne externe extrasphinctérien.

Le 26 novembre, résection après rachianesthésie, de tout le trajet en masse. Suture avec trois crins.

Sort guéri le 10 décembre 1921, 14 jours.

OBSERVATION III. — (M. Sénéchal)

Be... Jean, 58 ans, entré le 5 avril 1926, salle Guyon. Fistule borgne externe extrasphinctérienne droite.

Le 7 avril, exérèse du trajet. Suture immédiate.

Réunion par première intention. Sorti le 18 avril 1926, après guérison, 12 jours.

OBSERVATION IV. — (M. Sénéchal)

Del... Emile, 42 ans, entré salle Guyon, au début de février 1927. Fistules multiples borgnes internes.

Opéré le 9 février sous anesthésie locale. Dilatation anale
Cure radicale par extirpation et suture immédiate.

Sort le 18 février 1927. 9 jours.

OBSERVATION V. — (M. di Ruggiero)

Dum... Louis, 60 ans, pour fistule complète extrasphinctérienne. Intervention le 8 juin 1927.

Cure radicale par dissection et résection de proche en proche de nombreux diverticules, jusqu'au rectum dont la muqueuse est réparée par un double enfouissement. Fermeture complète sur drainage filiforme. Sort guéri le 11 juillet. 32 jours.

(OBSERVATION VI. — (M. Sénéchal)

M. B.... 42 ans. Fistule anorectale transsphinctérienne.

Cure radicale le 1^{er} juillet 1927, par ablation en masse du trajet. Capitonnage de haut en bas. Suture aux crins de Florence. Guérison par première intention.

Sort le 12 juillet 1927, 11 jours.

Revu en janvier 1928. Guérison complète.

OBSERVATION VII. — (M. Sénéchal)

Bru... Albert, 33 ans. Une fistule extrasphinctérienne borgne le fait entrer salle Guyon le 4 juillet 1927.

Opération le 6 juillet. Dissection et extirpation en manchon du trajet, mesurant 8 centimètres. Suture. Sorti après guérison le 18 juillet 1927. 12 jours.

OBSERVATION VIII. — (M. di Ruggiero)

Gué... Charles, 66 ans, entre salle Guyon, pour fistule complète ano-rectale à trajets multiples : 3 orifices cutanés, un orifice interne. Le 27 septembre 1927. Opération sous anesthésie à l'éther. Taille d'un lambeau comprenant les trois orifices cutanés. Dissection des trajets comprenant tous les tissus malades. On est obligé de sectionner le sphincter traversé par un diverticule du trajet profond. Reconstitution du sphincter par deux points de catgut chromé.

Enfouissement de l'orifice musqueux. Capitonage.

Suture aux crins de Florence.

Par mégarde, une surveillante en remplacement, trompée par le bon aspect de la suture, enlève les crins le troisième jour.

Large désunion qui se comble par cicatrisation secondaire.

On retombe ainsi dans les conditions pansement à plat qui demande ici trois mois et demi pour la cicatrisation, le malade ne sortant que le 18 janvier 1928.

OBSERVATION IX. — (M. Lemaire)

Pou... Emile, 41 ans, fistule complète sous-cutané muqueuse.

Le 6 février 1928 résection en totalité du trajet fistuleux et des orifices. Suture en deux plans par catgut et crins.

(Anesthésie locale à l'allocaïne).

Sortie après guérison le 18 février, 12 jours.

OBSERVATION X. — (MM. Sigaud et Reynaud)

Rai... Renée, entre le 18 mai 1928, salle Terrier pour fistule borgne externe extrasphinctérienne.

Le 23 mai, opération sous anesthésie à l'éther.

Excision en manchon du trajet fistuleux qui était fongueux et assez large. Suture immédiate aux crins de Florence. Guérison en 12 jours, le malade sortant le 4 juin 1928.

OBSERVATION XI. — (M. Reynaud)

Pru... Constance, 56 ans, entre le 5 juillet 1928, salle Terrier. Fistule borgne externe extra sphinctérienne.

Extirpation de la fistule chaussée en manchon par la sonde cannelée. Suture immédiate. Bourdonnet. Sortie le 13 juillet

Guérison en 10 jours.

OBSERVATION XII. — (M. Sénéchal)

Lie... Marthe, 34 ans, entre le 24 septembre 1928, salle Terrier. Fistule complète à 5 heures, extrasphinctérienne. Trajet de 7 centim., orifice muqueux à 5 centim. de la ligne anc-
cutanée.

Le 1^{er} octobre, excision totale obligeant à une perte de subs-

tance importante intéressant le sphincter. Reconstitution de tous les plans au catgut. Suture aux crins de Florence.

Drain rectal. Sort guérie le 14 octobre. 13 jours.

OBSERVATION XIII. — M. Sénéchal,

M. H..., octobre 1928, fistule borgne externe extrasphinctérienne. Cure radicale par ablation en masse et suturé en un seul plan. Guérison complète obtenue en 12 jours et vérifiée en février 1929.

Discussion

L'incision simple du trajet fistuleux, suivie d'un pansement à plat, est trop peu utilisée pour qu'elle ait besoin d'être combattue. Lorsque l'incision du trajet est pratiquée on l'accompagne toujours aujourd'hui d'un grattage ou d'une excision de la plaie.

Nous avons opposé à ce procédé l'extirpation en bloc du trajet fistuleux en tranche d'orange ou en manchon. Il est indubitable que le gros avantage de ce dernier est l'intégrité beaucoup plus grande de la plaie qui n'a pas été souillée par l'ouverture de la fistule, milieu septique. Si la suture doit être tentée la réunion par première intention ne sera pas ainsi compromise par une infection probable au bout de peu de jours.

Cet avantage, propre à l'excision, étant démontré, passons à la critique des deux grands procédés actuellement employés. Ce sont, d'une part, l'incision complétée comme il est dit plus haut, par l'excision de la plaie, mais aussi par la destruction du trajet au thermocautère et le pansement à plat; d'autre part, l'extirpation du trajet suivie de la suture immédiate.

PANSEMENT A PLAT

Les inconvénients du premier procédé découleront de l'étude critique que nous allons faire du second; mais il est quelques reproches sérieux que l'on peut lui formuler dès maintenant. C'est d'abord l'emploi du thermocautère. Sa réputation est de mettre à l'abri des infections et des hémorragies. Or, la suppuration ne se montre pas quand on prend les mesures d'asepsie et d'antiseptie convenables; quant à préserver des hémorragies nous ne pouvons lui reconnaître la constance de cette action. Au contraire, il expose par les escarres qu'il produit aux hémorragies secondaires, parfois même aux hémorragies post-opératoire précoces, quand un gros vaisseau a été ouvert et momentanément oblitéré par un friable bouchon de tissu carbonisé.

La section au thermocautère produit, d'autre part, une plaie brûlée noirâtre de laquelle on ne peut rien distinguer. Si des vaisseaux donnent, on voit mal leur tranche. S'il existe des diverticules ils passent inaperçus. Les callosités elles-mêmes perdent leur coloration blanc grisâtre et l'on ne distingue plus les parties saines des régions malades. Enfin, on ignore même si l'on sectionne des fibres musculaires du sphincter. Il est donc bien préférable, en définitive, d'employer le bistouri et les ciseaux.

Un autre inconvénient important de la première méthode est la lenteur de la guérison.

Il faut, en effet, des semaines et parfois des mois pour obtenir la cicatrisation complète. « La durée de la cicatrisation dans les moindres fistules n'est jamais inférieure à cinq

ou six semaines (Quénu et Hartmann). » C'est un inconvénient sérieux, car il y a une plaie qu'il faut panser avec le plus grand soin sous peine de récurrence et, d'autre part, certains malades plus ou moins affaiblis ne pourront faire les frais d'une si longue suppuration. Nous ajouterons enfin l'incontinence des matières qui est bien plus grave encore. Pour les petites fistules sous-cutanéomuqueuses le danger n'est pas bien grand, mais quand l'on a affaire à des fistules remontant très haut, tout change de face parce que le sphincter et le rectum sont coupés sur une grande hauteur. La plaie étant recouverte d'un pansement ses lèvres ne peuvent pas être en contact avec le sphincter resté béant.

Assez fréquemment cette complication disparaît au bout de quelques semaines ou de quelques mois sans toutefois que l'intégrité du muscle ne devienne complète, ce qui occasionne de l'incontinence quand les selles sont liquides et de la constipation si elles sont dures. Aussi a-t-il été longtemps admis de ne pas intervenir sur les fistules extra-sphinctériennes et Tillaux était d'avis de respecter ces dernières plutôt que d'exposer le malade à une infirmité autrement pénible qu'un écoulement souvent supportable.

EXCISION ET SUTURE

Si nous considérons, par contre, les objections opposées à l'excision suivie de suture, elles sont le plus souvent mal fondées : la principale réside dans son manuel opératoire plus compliqué. Il faut reconnaître que la simplicité et la rapidité dans les actes chirurgicaux doivent toujours être recherchées; mais il est bien évident qu'une expérience

assise sur quelques interventions réduira au minimum le temps supplémentaire ajouté à l'excision simple qui constitue le seul temps long et minutieux de l'intervention avec la seule disposition judicieuse des points de suture.

On a de même objecté à cette cure radicale la fréquence relative d'infection en vase clos que favoriserait la suture. Nous répondrons que l'on a beaucoup exagéré cette tendance à la suppuration. Nous avons vu dans nos observations qu'aucun cas semblable ne s'est produit si l'on élimine l'incident tout à fait spécial du n° 8. D'ailleurs, si le malade ressent une douleur locale, si une rougeur suspecte est reconnue au niveau de la suture et si la température s'élève, il est facile d'enlever immédiatement les fils. L'on se trouve alors dans les conditions du premier procédé, à ce grand avantage près que souvent l'extirpation de la fistule a été plus large dans l'élimination de tout le tissu fibreux engainant le trajet, ce qui favorisera une cicatrisation plus rapide par seconde intention. Il n'y a donc pas lieu de voir dans ce cas de risques spéciaux d'infection prolongée. Bien au contraire la plaie sera moins exposée à être souillée par les agents infectieux que pourront apporter les sécrétions rectales.

De même nous avons plus haut les risques d'incontinence que fait courir le pansement à plat. Or, avec la suture immédiate cette éventualité est pour ainsi dire supprimée, d'abord parce qu'on sectionne moins souvent le muscle, ensuite parce que les deux surfaces de section seront vite soudées.

Avec la suture la crainte de la blessure du sphincter de-

vient superflue et il ne faudra pas hésiter si les manœuvres opératoires en sont facilitées, à le sectionner.

Grâce à la réunion par première intention la guérison définitive se produira toujours. Les récidives, en effet, sont causées par un arrêt de la cicatrisation dans des recoins, des diverticules, ainsi que par des rainures sur les bords des lèvres de la plaie où s'amassent des produits septiques, l'affrontement des parois supprime ces risques.

Enfin, quel énorme avantage à son actif que la réduction souvent considérable du temps de cicatrisation ! Nous avons vu plus haut sur 13 observations, 3 guérisons se produire en douze jours au maximum, certaines en dix jours. Seuls les malades qui, par des mouvements intempestifs, provoquent des tiraillements au niveau de la suture, voient la cicatrisation se prolonger de quatre à cinq jours.

Sa durée est encore plus considérablement réduite dans les fistules multiples ou très hautes : 15 jours suffisent en général au lieu de 3 à 6 et 8 mois, car il ne faut pas plus longtemps pour cicatriser 20 centimètres qu'un seul centimètre.

La cure radicale de la fistule constitue donc une méthode vraiment supérieure aux pansements à plat.

Elle est d'autant plus précieuse qu'elle ne présente pour ainsi dire pas de contre-indications.

En effet, il n'est même plus question avec elle de discuter les indications opératoires en classant les malades en tuberculeux et non tuberculeux. Sauf les sujets cachectiques ou présentant une fièvre hectique qui ne pourraient supporter l'opération, tous les tuberculeux bénéficieront de la

réduction considérable apportée par cette méthode à la cicatrisation de leur fistule.

Des contre-indications d'après les fistules elles-mêmes ? Nous n'en admettons que pour les fistules symptomatiques les énormes délabrements isolant le rectum en « battant de cloche ».

Pourtant il est assez curieux de constater que même pour certains chirurgiens qui emploient cette méthode, son application en est limitée strictement aux fistules intra-sphinctériennes et comme nous le rappelions au début de ce travail, à part MM. Delbet et Chevrier les quelques publications parues sur le traitement des fistules à l'anus ou les *Traité de Thérapeutique Chirurgicale* font les mêmes réserves sur cette méthode qu'au moment de sa discussion à la Société de Chirurgie en 1887.

Or, l'opinion était à cette époque que les indications augmentaient avec la brièveté du trajet fistuleux.

Nous croyons avoir exposé suffisamment d'arguments pour assurer qu'au contraire les indications sont d'autant plus formelles que la fistule est haute.

Conclusions

1° L'excision des fistules en un seul bloc, en quartier d'orange, ou en manchon, suivie de la réunion immédiate des surfaces cruentées, mérite d'être beaucoup plus largement prise en considération qu'elle ne l'a été jusqu'ici.

2° Les indications de cette méthode sont étendues à toutes les variétés de fistules non symptomatiques.

3° Les avantages sont nombreux.

— Les risques d'infection secondaire sont très réduits.

— Le rétablissement fonctionnel du sphincter est assuré.

— Sa section sera donc pratiquée sans crainte chaque fois que la clarté et la durée de l'opération y gagneront.

— Le pourcentage des récidives est minime : aucun dans la statistique que nous présentons.

4° Enfin la durée du traitement est considérablement diminuée, se limitant le plus souvent à 10 ou 15 jours. Le seul reproche adressé à ce traitement réside dans sa technique opératoire plus délicate et dans la durée légèrement accrue de l'intervention.

5° En cas de désunion, la plaie se trouve dans les meilleures conditions favorables à une cicatrisation secondaire

Le seul risque encouru est donc de faire retrouver les mêmes suites opératoires que dans le procédé de l'incision et pansement à plat.

Vu le Doyen,

Vu le Président,

ROGER.

CUNÉO.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

CHARLETY.

Bibliographie

- ARSONNEAU A. — Réunion par première intention des fistulés à l'anus. — *Thèse Paris* 1901.
- BARGE P. — Contribution au traitement chirurgical des fistules à l'anus. Résection et suture. — *Thèse Paris* 1900.
- BAZY L. — De la réunion immédiate après l'opération de la fistule anale. — *Union médicale Paris* 1893, p. 697-700.
- BEAUREGARD. — La ligature élastique dans les fistules à l'anus. — *Journal de connaissances médicales pratiques*. — Paris 1883, p. 105-107.
- BEAUSOLEIL. — Essai sur les fistules à l'anus. De leurs divers modes de traitement et spécialement par la méthode thermique. — *Thèse Bordeaux* 1883.
- BÉGOVIN. — *Précis de Pathologie chirurgicale*. — Tome IV, p. 816.
- BONNEAU R. — Quelques considérations sur la technique de l'opération de la fistule à l'anus. — *Revue générale de chirurgie et de thérapeutique Paris* 1920. — *Journal des Praticiens*, p. 657-660.
- Cure radicale des fistules à l'anus transsphinctériennes hautes ou sus sphinctériennes. — *Paris Chirurgie*, p. 111-393, 1909, 1926, p. 25-30.
- *La Clinique*, Paris 12 mai 1909.
- BOUSQUET. — 1766, *Thèse Stocholm*.
- BUIE L.-A. — Origine et traitement des fistules anales. — *S. clinique North America* 7 : 1579, déc. 1927.

- Diagnostic et traitement des fistules anales. — *Minnesota Méd.* 10 : 28-30 janvier 1927.
- CADENAT F.-M. — Fistules et abcès périnaux, faut-il dans les lésions extrasphinctériennes sectionner les sphincters. — *Hôpital*, Paris 1925, p. 679-682.
- CAUCHOIS. — Du traitement des fistules à l'anus par la réunion immédiate. — *Bulletin Société médicale*, Rouen 1888, p. 45-48.
- CHAPUT. — La guérison rapide des fistules et des abcès de l'anus sans incontinence des matières. — *Paris Médical*, 1916-1917, p. 166-168.
- CHARRIER. — *In. Pratique Thérapeutique* 1927.
- CHASSAIGNAC E. Traité clinique et pratique des opérations chirurgicales. — Paris 1862, t. II, 727.
- *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales* 1866, 1^{re} série, T. V. p. 477. Fistules à l'anus.
- CHEVRIER L. — L'extirpation des fistules à l'anus. — *Presse Médicale*, Paris 1910, p. 148-150.
- CHIRICESCO. — Traitement des fistules et abcès ano-rectaux. — *Presse médicale* 36 : p. 1238-1239, 29 septembre 1928.
- CUNéo et PICOT. — *Bulletin Société Chirurgie* 1924, p. 642. Traitement des fistules extrasphinctériennes.
- DAMAS E. — Le traitement des fistules périnales chez les hémorroïdes. — *Bulletin Médical* 1898, page 850.
- Le traitement des fistules à l'anus. — *Gazette hebdomadaire de médecine*, Paris 1899.
- DE BARRAU DE MURATEL. — De l'incision des abcès ano-rectaux. — Thèse Paris 1886.
- DE BEULE E. — L'extirpation des fistules à l'anus et autres sur moule de pâte iodoformée. — *Journal de chirurgie et Annuaire Société Belge de Chirurgie*, Bruxelles 1911, p. 132-134.
- DELBET et LE DENTU. — *Traité de Chirurgie clinique* 1889, Tome II, p. 601 et *Nouveau Traité de Chirurgie clinique et opératoire* 1909, Tome XXVIII.

- DELBET 1907. — Traitement des fistules à l'anus par la suture.
— *Association française pour l'avancement des sciences*, Reims 1907, p. 1088.
- DELORE. — De l'autoplastie graisseuse dans la fistule à l'anus.
— *Bulletin de Société de Chirurgie de Paris* 1913, p. 889-891.
- DOUSSIER A. — De l'opération de la fistule à l'anus par la ligature élastique. — *Poitou Médical*, Poitiers 1887, page 154-158.
- DOYEN. — *Traité de Thérapeutique Chirurgicale et de Technique opératoire*, tome IV, page 430.
- DUBAR L. — Fistule borgne interne du rectum. — Rapp. par Périer Ch. — *Bulletin et mém. Société de Chirurg.* 1866, t. XII, p. 529.
- DUPLAY et RECLUS. — *Traité de chirurgie*, tome VII, p. 132.
- DURAN-BORDA. — De la fistule à l'anus. — *Paris Médical* 1884, page 145.
- FAURE et RIEFFEL H. — *Traité de chirurgie*, tome VI, 2^e édition 1898.
- FORGUE F. — *Précis de Pathologie externe* 1928, tome II, p. 746.
- FORGUE et RECLUS. — *Traité de Thérapeutique chirurgicale* 1898, p. 857, tome II.
- FORT. — Quelques mots sur une variété de fistules à l'anus et sur le traitement de la fistule ordinaire classique par l'excision. — *Courrier Médical de Paris* 1868, p. 394.
- FRANCOU N. — De la fistule à l'anus. — *Etiologie et traitement*. Thèse Lyon 1884.
- FRÉDÉRICI N. — Sulla cura operativa della fistula anale per prima intenzione. — *Méd. Prat. Napoli* 1924, p. 152.
- GERDY P. — Du traitement des fistules à l'anus à origine supérieure profonde. — *Bulletin et mémoire Société de Chirurgie* 1852, tome III, page 542 et *Bulletin gén. de Thérapeutique* 1855, t. 48, p. 397.
- Cure radicale des fistules à l'anus profondes. — *Compte-rendu Académie des sciences*, Paris 1855, p. 881.

- GILBERTI P. — Contributione alla cura rapida della fistola anale per prima intenzione. — *Ponsi ord. med.*, Milano 1915, p. 263-265.
- GISTRUNK W.-E. — Management of patient Withanorectal fistula. — *New-Orléans, M. et S. I.*, 1928-3.
- GOSSELIN. — Cliniques de la charité, tome II.
- GRUGER. — De l'extirpation large des fistules à l'anus suivant le procédé de Chevrier. — *Archives médicales d'Angers* 1913, p. 107-114.
- GUINARD A. — Causes et traitement des abcès périanaux. Fistules aveugles. — *Revue Générale de Clinique et Thérapeutique*, Paris 1898 p. 129-131.
- HARTMANN et QUÉNT. — Chirurgie du rectum, tome I, p. 202.
- HARTZLER A.-E. — Excision and immédiate suture in fistule in ano. — *Proctologist*, Saint-Louis 1907, p. 9-14.
- HERBET. — In pratique médico chirurgicale. Brissaud, Pinard et Reclus, 1907, p. 339. — *Fistules anales*.
- JACKSON S.-W. — Fistules extrasphinctériennes. Traitement par l'excision du trajet et abaissement de la muqueuse rectale. — *Thèse Paris* 1926.
- JEANNE. — Le traitement opératoire des vieilles fistules ano-rectales complètes extrasphinctériennes sans incision du rectum. — *Normandie Médical*, Rouen 1907, p. 117-124.
- Sur une nouvelle méthode de traitement des vieilles fistules ano-rectales extrasphinctériennes et sans incision du rectum. — *Revue Médicale de Normandie*, Rouen 1907, p. 111-115.
- LASSALLE. — Fistules anales. Traitement. Réunion immédiate — *M. Monthell médical* 1894, p. 236.
- LAUGE F. — Complète excision of. fistula in ano. — *Ann. of surg.*, 1887, T. V., p. 49-50.
- LECÈNE et LERICHE. — *Thérapeutique chirurgicale*, 1926.
- LE DENTU et DELBET. — *Traité de chirurgie clinique* 1889, t. II, p. 60. — *Traité de chirurgie clinique et opératoire*, t. 8, p. 486, 1899.

- LEGRAS. — Traitement par l'excision et la suture des fistules à l'anus. — Thèse Paris 1892.
- LLOBET S.-M. — Considération sur le traitement des fistules à l'anus. — *Revue de chirurgie*, Paris 1892, p. 519-523.
- LOCKHART-MUMMERY. — Chirurgie des colons et du rectum. — Édition Baillière, Londres.
- LOUGO Frédéric. — Cure rapide de la fistule anale. — Thèse Paris 1887.
- Cure rapide de la fistule anale. — *Paris Médical* 1888, p. 225.
- MARCHETTI P. (DE). — Traité des fistules de l'anus et du rectum; recueil d'observations rares etc., — Trad. Paris 1858. p. 142-169.
- MARION. — *Manuel de technique chirurgicale* 1908, p. 575.
- MASSE E. — *La fistule à l'anus, son traitement, précis de médecine et chirurgie*, Paris 1885, p. 189-201.
- MITCHELL. — In ano by Suturing. — *Médical record*, 6 mars 1889.
- MONOD Ch. et VANVERTS J. — *Traité de Technique opératoire* 1902, tome II, p. 366.
- MORGAN C.-N. — Considérations pratiques sur la pathologie, le diagnostic et le traitement des fistules ano-rectales. — *Saint-Barth. Hospice*, I. 34 : 126, 29 mai 27.
- MORINI VINCENZO. — Sul trattamento della fistula anali per prima intenzione. — *Sperimentale Franze* 1886, p. 242.
- MURPHY J.-B. — Fistula in ano. — *Clin. Surg.* Chicago 1912, p. 128-131.
- NICAISE E. — De la suture des sphincters dans l'opération de la fistule à l'anus. — *Revue de chirurgie* Paris 1893, p. 139-141 et *Association française pour l'avancement des sciences*, C. R. 1892, p. 162.
- OMBREDANNE. — Fistule à l'anus. — *In Précis de Path. ext.*, tome III, p. 433.
- PAUCHET. — *Pratique chirurgicale*, 1924, tome VI, p. 131.

- PÉRIER F. — Fistule borgne interne du rectum. Rap. de Dubar.
— *Bulletin et mémoires. Société de chirurgie de Paris* 1886, p. 529-532.
- PHILIPPEAU A.-E. — De la réunion immédiate après l'opération de la fistule à l'anus. — *Gazette de Gynécologie*, Paris 1893, p. 193-196.
- PICOT G. — Traitement des fistules à l'anus extraphinctériennes. — *Médecine* Paris 1924, p. 61.
- PICOT et CUNÉO. — *Bulletin Société chirurgie* 1924, p. 642. — Traitement des fistules extrasphinctériennes.
- PIRA C. — Extirpation large des fistules à l'anus polyclinique, Bruxelles.
- POTHERAT. — *Traité de chirurgie*, tome VII.
POZZI. — Thèse Paris 1873.
- PRUNIÉRAS. — Thèse Paris 1892. — Traitement des fistules à l'anus.
- QUÉNU et HARTMANN. — *Chirurgie du rectum*, Tome T., p. 202.
- QUÉNU. — De la réunion primitive dans le traitement des fistules à l'anus. — *Bulletin et Mémoires Société Chirurgie de Paris*, 1887, p. 533-40.
- RASTOUIL (A). — Traitement des fistules à l'anus. — *Revue de Thérapeutique médico chirurgicale*, Paris 1899, p. 295-299.
- RECLUS (P.). — *Cliniques* 1888.
— Abscès et fistule de la région ano-rectale. — *Tribune Médicale*, Paris 1905, p. 469.
- RECLUS et DUPLAY. — *Traité de Chirurgie*, Tome VII, page 132.
- RECLUS et FORGUE. — *Traité de thérapeutique chirurgicale*, 1898, T. II, p. 857.
- RENDOWSKI. — Suture in opération for fistula in ano. — *Medicimoe Obozrenie*, Moscou 1886.
- RIEFFEL (H.) et FAURE. — *Traité de chirurgie*, Tome VI, 2^e édition 1898.
- ROUX. — De la fistule à l'anus et particulièrement de la variété intra-sphinctérienne. — *Etude clinique et thérapeutique*. — Thèse Paris 1898.

- SCHMITT (E.). — Traitement des fistules à l'anus. — Thèse Paris, 1874.
- SCHWARTZ (Ed.). — De la cure rapide des fistules à l'anus par l'excision et la suture. — *Revue générale de clinique et de thérapeutique* 1888, Tome II, p. 313.
- SENDLE (L.). — *Deutsche med. Woch.*, Leipzig 1890.
- SIEBEN (H.). — Zur Behandlung der fistula ani. — *Held Klin.*, Berlin 1922, 1641.
- SMITH (L.). — Theimmediate closure and rapid. cure of fistula in ano. — *Medicale record N. Y.* 1886, p. 669.
- SUREL (G.). — Réunion immédiate dans le traitement de la fistule à l'anus. — Thèse Paris 1890.
- TENO (A.) et PIOLA (C.). — Fistula del ano : Etiologia y tratamiento. — *Semana med.*, Buenos-Aires 1923, p. 1006.
- THÉVENARD. — Du traitement des fistules à l'anus par excision et suture du trajet. — *Archives générales de Médecine*, Paris 1893, p. 437-450.
- TIERNY (A.). — Traitement des abcès péri-anaux et des fistules à l'anus. — *Archives Franco-Belges de Chirurgie*, Bruxelles 1925, p. 782-787.
- TILLAUX. — *Traité de chirurgie clin.*, 2^e édition, Tome II, page 605.
- XIII^e Congrès inter. de Méd., Paris 1900, et *Section de Chirurgie générale*, p. 796.
- TRÉLAT (V.). — *Cliniques*, Tome II.
- Des fistules à l'anus. — *Progrès Médical*, Paris 1885, p. 533-36.
- Des fistules à l'anus. — *Praticiens*, Paris 1887, p. 197.
- Des fistules à l'anus. — *Progrès Médical*, Paris 1887, p. 285.
- TUFFIER. — Sur une méthode de traitement des vieilles fistules ano-rectales extra-sphinctériennes sans incision du rectum. — *Bull. et Mém. Société de Chirurgie*, Paris 1907, p. 216-221.

VANVERT et MONOD (Ch.). — Traité de technique opératoire
1902, Tome II, p. 366.

VERCHÈRE. — De la réunion par première intention pour la
cure rapide de la fistule à l'anus. — *Bull. Soc. Clin.*,
Paris 1888, p. 68-73, de même *France Médicale*, Paris
Paris 1888, p. 1301-1305.

Limoges, Imprimerie Commerciale Perrette
